

Formblatt – Betroffenenrechte

Für den Fall, dass die Allianz Global Corporate & Specialty SE (AGCS) personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet, haben Sie, als betroffene Person, nach der EU Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO) die Möglichkeit, folgende Betroffenenrechte gegenüber der AGCS geltend zu machen:

Bitte kreuzen Sie an, von welchem Recht Sie gebraucht machen möchten (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit, sofern dies technisch durchführbar ist.

Teil 1: Informationen zur betroffenen Person

Titel: Herr / Frau / _____

Nachname: _____

Vorname (n): _____

Vorherige (r) Name (n): _____

Weitere Namen unter denen Sie bekannt sind: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Land: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Arbeitnehmer (in) / Ex-Arbeitnehmer (in) der AGCS:

Privatkunde

Verfügen Sie über eine Versicherungsnummer?

Mitversicherte(r)

Bitte geben Sie an, wo Sie die Versicherung erworben haben
(falls nicht direkt bei der AGCS):

Anderweitiger Anspruchsteller (bitte spezifizieren: _____)

Versicherungsnummer: _____

Referenznummer: : _____

Falls Sie bestimmte Daten anfordern möchten, geben Sie dies bitte nachfolgend an. Hierbei bitten wir Sie, uns detaillierte Informationen zukommen zu lassen. Wenn sie beispielsweise Einsicht in Daten zum E-Mailverkehr wünschen, nennen Sie uns bitte den Namen des Senders und Empfängers sowie eine ungefähre Zeitangabe des E-Mailverkehrs.

Teil 2: Im Falle einer Ausübung des Betroffenenrechts, nicht für Sie selbst, sondern im Namen eines anderen Betroffenen (Stellvertretung), benötigen wir weitere Informationen über den Stellvertreter

Titel: Herr / Frau / _____
Nachname: _____
Vorname (n): _____
Adresse: _____
Postleitzahl: _____
Land: _____
Telefon: _____
E-mail: _____
<u>Folgende Dokumente bitte beilegen:</u> Vollmacht des Betroffenen

Hiermit bestätige ich, _____, dass die in diesem Formular dargelegten Informationen korrekt sind. Weiter bestätige ich, dass ich die betroffene Person bin, dessen Name in diesem Formular genannt wird, andernfalls zumindest als Stellvertreter der betroffenen Person, dessen Name in diesem Formular genannt wird, agiere. Ich verstehe, dass Allianz Global Corporate & Specialty SE meine Identität verifizieren muss und es gegebenenfalls notwendig ist, mich für weitere Informationen zu kontaktieren, um die relevanten personenbezogenen Daten zu lokalisieren. Ich verstehe, dass meine Anfrage erst bei Eingang aller notwendigen Informationen bei Allianz Global Corporate & Specialty SE Gültigkeit erlangt.

Mit dem Unterzeichnen dieses Formblattes gebe ich hiermit meine ausdrückliche Einwilligung, dass meine aufgeführten personenbezogenen Daten von der Allianz Global Corporate & Specialty SE sowie weiterer Unternehmen der Allianz Gruppe, im Zusammenhang mit der Durchsetzung der Betroffenenrechte, gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Ich habe zudem Kenntnis davon, dass ich jederzeit die Einwilligung widerrufen kann.

Unterschrift: _____ Datum: _____